

D007・34	血液化学検査（アセトアミノフェン精密測定）	同一の患者につき1月以内に2回以上行った場合は、第1回の測定を行ったときに1回に限り算定する。
D007・36	血液化学検査（心室筋ミオシン軽鎖I精密測定）	同一の患者につき同一日に2回以上行った場合は、1回のみ算定する。
D007・36	血液化学検査（レムナント様リポ蛋白（RLP）コレステロール）	3月に1回を限度として算定できる。
D008・10	内分泌学的検査（ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）精密測定）	入院中の患者については急性心不全又は慢性心不全の急性増悪時の病態把握のため、入院中の患者以外の患者については心不全の病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。
D009・7	腫瘍マーカー（PSA精密測定）	前立腺癌の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、前立腺癌の診断の確定又は転機の決定までの間に原則として、1回を限度として算定する。ただし、PSA精密検査の検査結果が4.0ng/mL以上であって前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3月に1回に限り、3回を上限として算定できる。
D101	病理組織顕微鏡検査	3臓器を限度として算定する。
D207・2	体液量等測定（皮弁血流検査）	1有茎弁につき2回までを限度として算定する。
D207・2	体液量等測定（電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定）	皮弁形成術及び四肢の血行再建術後1回を限度とする。
D214・1	脈波図、心機図、ポリグラフ検査（脈波図、心機図、ポリグラフ検査実施料）	種目又は部位を順次変えて検査した場合であっても、一連の検査のうちの最高誘導数による。運動又は薬剤の負荷による検査を行った場合には、負荷前後の検査をそれぞれ1回の検査として算定し、複数の負荷を行った場合であっても、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数の100分の200を限度として算定する。
D233	直腸肛門機能検査	患者1人につき月1回に限り算定する。
D236-3	神経磁気診断	手術前1回のみ算定できる。
D255-2	汎網膜硝子体検査	患者1人につき月1回に限り算定する。
D256	眼底カメラ撮影（インスタントフィルムの費用）	1回当たり16点を限度とする。
D257	細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）	散瞳剤を使用し、前眼部、透光体及び網膜に対して行った場合には、検査の回数にかかわらず、1回に限り算定する。
D257・（通）	細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）後生体染色再検査	再検査1回に限りD273により算定する。

D257	細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）（インスタントフィルムの費用）	D256の例により，1回当たり16点を限度とする。
D265-2	角膜形状解析検査	患者1人につき，初期円錐角膜などの角膜変形患者については月1回に限り，角膜移植後患者については2か月に1回を限度とし，高度角膜乱視を伴う白内障患者については手術の前後各1回に限り算定する。
D273	細隙燈顕微鏡検査（前眼部）後生体染色再検査	再検査1回に限り算定する。
D273	細隙燈顕微鏡検査（前眼部）（インスタントフィルムの費用）	D256の例により，1回当たり16点を限度とする。
D324	血管内視鏡検査	患者1人につき月1回に限り算定する。

#### 在宅医療

区分	診療行為	算定回数制限
C001	在宅患者訪問診療料	1日につき1回に限り週3回を限度（末期の悪性腫瘍の患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する場合を除く）として算定するが，患者の急性増悪等により頻回訪問診療を認める場合（末期の悪性腫瘍の患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する場合を除く）は1月に1回に限り，頻回訪問診療を認めた診療日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定できる。
C005・1	在宅患者訪問看護・指導料	週3回を限度（厚生労働大臣が定める患者を除く）として算定するが，患者の急性増悪等により頻回訪問看護指導を認める場合（厚生労働大臣が定める患者を除く）は1月に1回に限り，頻回訪問看護を認めた診療日から14日以内に行った訪問看護については14日を限度として算定できる。
C006	在宅訪問リハビリテーション指導管理料	患者1人につき週3回を限度（末期の悪性腫瘍の患者を除く）とし，1日につき1回に限り算定する。
C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料	1月に2回を限度として算定できる。ただし，月2回算定する場合にあつては，本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。
C009	在宅患者訪問栄養食事指導料	月2回に限り算定する。

#### リハビリテーション

区分	診療行為	算定回数制限
H002-2	リハビリテーション総合計画評価料（入院患者）	入院初月並びに当該月から起算して2月，3月及び6月の各月に限り，患者1人につき1月に1回を限度として算定する。
H002-2	リハビリテーション総合計画評価料（外来患者）	理学療法又は作業療法を最初に算定した月並びに当該月から起算して2月，3月及び6月の各月に限り，患者1人につき1月に1回を限度として算定する。

#### 精神科専門療法

区分	診療行為	算定回数制限
----	------	--------

I 001・1	入院精神療法（入院精神療法（Ⅰ））	入院日から起算して3月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。
I 001・2	入院精神療法（入院精神療法（Ⅱ））	入院日から起算して4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、4週間超の期間に行われる場合は週1回をそれぞれ限度として算定するが、重度精神障害者である患者で精神保健指定医が必要と認めた場合は入院期間にかかわらず週2回を限度として算定する。
I 002	通院精神療法	退院後4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、その他の場合にあつては週1回をそれぞれ限度として算定する。
I 004・1	心身医学療法（入院患者）	入院日から起算して4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、4週間超の期間に行われる場合は週1回をそれぞれ限度として算定する。
I 004・2	心身医学療法（外来患者）	初診日から起算して4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、4週間超の期間に行われる場合は週1回をそれぞれ限度として算定する。
I 005	入院集団精神療法	入院日から起算して6月に限り週2回を限度として算定する。
I 006	通院集団精神療法	開始日から6月に限り週2回を限度として算定する。
I 008	入院生活技能訓練療法	週1回を限度として算定する。
I 011-2	精神科退院前訪問指導料	当該入院中3回に限り算定する。
I 012・1	精神科訪問看護・指導料	週3回に限り算定する。

#### 処置

区分	診療行為	算定回数制限
J 038	人工腎臓	1月に15回目以降は算定できない。
J 038・（通）	持続緩徐式血液濾過術（重症急性膵炎の患者）	一連につきおおむね8回を限度として算定する。
J 038・（通）	持続緩徐式血液濾過術（劇症肝炎、術後肝不全又はこれらと同程度の急性肝不全の患者）	一連につき月10回を限度として3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（多発性骨髄腫、マクログロブリン血症）	一連につき週1回を限度として3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（劇症肝炎）	一連につき概ね10回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（薬物中毒）	一連につき概ね8回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（重症筋無力症）	一連につき月7回を限度として3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（悪性関節リウマチ）	週1回を限度として算定する。

J 039	血漿交換療法（全身性エリテマトーデス）	月4回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（血栓性血小板減少性紫斑病）	一連につき週3回を限度として3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（術後肝不全）	一連につき概ね7回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（急性肝不全）	一連につき概ね7回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎）	一連につき月7回を限度として3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（ギラン・バレー症候群）	一連につき月7回を限度として3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（天疱瘡、類天疱瘡）	一連につき週2回を限度として3月間に限って算定する。ただし、3月間治療を行った後であっても重症度が中等度以上（厚生省特定疾患調査研究班の天疱瘡スコア）の天疱瘡の患者については、さらに3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（巣状糸球体硬化症）	一連につき3月間に限って12回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（家族性高コレステロール血症）	維持療法としての実施回数は週1回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（閉塞性動脈硬化症）	一連につき3月間に限って10回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（同種腎移植）	一連につき術前は4回を限度とし、術後は2回を限度として算定する。
J 041-2	血球成分除去療法（潰瘍性大腸炎）	一連の治療につき2クールを限度として算定できるが、1クールにつき週1回を限度として5週間に限って算定する。ただし、劇症患者については、第1週目に限り週2回を限度として算定できる。
J 041-2	血球成分除去療法（薬物療法抵抗する関節リウマチ）	一連の治療につき1クールを限度として算定できるが、1クールにつき週1回を限度として5週間に限って算定する。
J 044	救急処置としての体表面ペーシング法・食道ペーシング法	1日に1回を限度として算定する。
J 054-2・1・注	皮膚レーザー照射療法（色素レーザー照射療法・照射面積加算）	所定点数の100分の400を限度とする。
J 054-2・2	皮膚レーザー照射療法（Qスイッチ付レーザー照射療法・Qスイッチ付ルビーレーザー照射療法）	一連の治療終了後に再発した場合は、同一部位に対しては初回治療を含め2回を限度として算定する。
J 065	間歇的導尿	3月間を限度として算定する。

J 070・(通)	冷却痔処置	1日1ないし2回、かつ連続して5日以上実施した場合に10日間を限度として、1日につき1回算定できる。
J 070-2	干渉低周波による膀胱等刺激法	治療開始時点においては3週間に6回を限度とし、その後は2週間に1回を限度とする。

手術

(1) 自動吻合器、自動縫合器等加算

区分	診療行為	算定回数制限
K017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	四肢（手，足，指（手，足）を含む）以外の部位において微小血管自動縫合器を使用した場合は、K511・注2の加算点数に2個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K020	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	四肢（手，足，指（手，足）を含む）以外の部位において微小血管自動縫合器を使用した場合は、K511・注の自動縫合器加算点数に2個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K511・注	肺切除術（自動縫合器加算）	「注」の加算点数に4個を限度として使用個数を乗じて加算する。
(通)	肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術（自動縫合器加算）	「注」の加算点数に15個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K514・注	肺悪性腫瘍手術（自動縫合器加算）	「注」の加算点数に6個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K529・注	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）（自動吻合器又は自動縫合器加算）	「注」の加算点数に3個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K531・注	食道切除後2次的再建術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は3個を限度として加算する。
K655・注1	胃切除術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は3個を限度として加算する。
K657・注1	胃全摘術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ2個又は4個を限度として加算する。
K716	小腸切除術	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は3個を限度として加算する。
K719・3・注	結腸切除術（自動縫合器加算）	「注」の加算点数に4個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K735・注	先天性巨大結腸症手術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	「注」の加算点数に4個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K740・注	直腸切除・切断術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は4個を限度として加算する。

K803・注	膀胱悪性腫瘍手術（自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は5個を限度として加算する。
K817・注	尿道悪性腫瘍摘出術（自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は5個を限度として加算する。

(2) その他

区分	診療行為	算定回数制限
K022	組織拡張器による再建手術	1患者の同一疾患に対して1回のみ算定であり、1回行った後に再度行っても算定できない。
K047	難治性骨折電磁波電気治療法	1患者に対して一連として1回のみ算定であり、1回行った後に再度行った場合又は入院中に開始した当該療法を退院した後も継続して行っている場合であっても別に算定できない。
K062・(通)	リーメンビューゲル法	1回に限り算定する。
K131・注	椎弓切除術（椎間加算）	1椎間を増すごとに100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算点数は所定点数の100分の200に相当する点数を限度とする。
K132・注	椎弓形成手術（椎間加算）	1椎間を増すごとに100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算点数は所定点数の100分の200に相当する点数を限度とする。
K134・4	椎間板摘出術（経皮的髄核摘出術）	1椎間につき2回を限度とする。
K142・注	脊椎固定術（椎間加算）	所定点数の100分の200に相当する点数を限度とする。
K654	内視鏡的消化管止血術	1日1回、週3回を限度として算定する。
K722	小腸結腸内視鏡的止血術	1日1回、週3回を限度として算定する。

麻酔

区分	診療行為	算定回数制限
L101	神経ブロック（神経破壊剤使用）	同一神経のブロックは、癌性疼痛を除き月1回に限り算定する。
L104	トリガーポイント注射	回数及び部位数にかかわらず、1日につき1回算定できる。

特定保険医療材料

名称	算定回数制限
皮膚欠損用創傷被覆材	皮膚欠損用創傷被覆材は、いずれも2週間を標準として、特に必要と認められる場合については3週間を限度として算定できる。
デキストラノマー	デキストラノマーは、下腿潰瘍、第Ⅱ度熱傷、第Ⅲ度熱傷若しくは消化管瘻周囲皮膚炎の浸出性創面、褥瘡又は術創に対して、2週間（改善傾向が明らかな場合は、3週間）を限度として算定できる。

区分	診療行為	算定回数制限
15	在宅患者訪問薬剤管理指導料	月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ週8回）に限り算定する。

栄養食事指導料

区分	診療行為	算定回数制限
B001・9・注	外来栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。
B001・10・注	入院栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。
B001・11・注	集団栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。入院患者は、入院期間中に2回を限度。

(別紙3)

現時点では、制限回数を超える場合に悪影響が懸念される項目

ヘリコバクターピロリの除菌

区分	診療行為	算定回数制限
	ヘリコバクター・ピロリ除菌	除菌後の感染診断の結果、ヘリコバクター・ピロリ陽性の患者に対し再度除菌を実施した場合は、1回に限り再除菌に係る費用及び再除菌後の感染診断に係る費用を算定することができる。

注)

再除菌に関しては、現在保険収載されている治療薬(クラシロマイシン+アモキシシリン+プロトンポンプ阻害剤)では効果が期待できない。新たにモロガゾール(ピロリ除菌に薬事適応なし)を含む治療(モロガゾール+アモキシシリン+プロトンポンプ阻害剤)が保険適用された時点で、制限回数を超える場合に保険給付との併用を認めるかも含め検討されることとなる。



## (参考資料1)

## 制限回数定められている診療報酬項目一覧

## 基本診療料

区分	診療行為	算定回数制限
A001・注6	再診料・継続管理加算	治療計画に基づき継続して再診を行った場合は、継続管理加算として月1回に限り、所定点数に5点を加算する。

## 指導管理等

区分	診療行為	算定回数制限
B000・注1	特定疾患療養指導料	治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。
B001・1・注	特定疾患治療管理料・ウイルス疾患指導料	イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。
B001・4・注	小児特定疾患カウンセリング料	療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、1年を限度として月1回に限り算定する。
B001・5・注1	小児療養指導料	必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・6・注1	てんかん指導料	治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・7・注1	難病外来指導管理料	計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・8・注1	皮膚科特定疾患指導管理料	計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・9・注	外来栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。
B001・10・注	入院栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。
B001・11・注	集団栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。入院患者は、入院期間中に2回を限度。
B001・12・注1	心臓ペースメーカー指導管理料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・18・注1	小児悪性腫瘍患者指導管理料	計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001-3・注1	生活習慣病指導管理料	治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
B008	薬剤管理指導料	患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。ただし、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。
B008・注2	薬剤管理指導料(麻薬)	必要な薬学的管理指導(麻薬)を行った場合は1回に限り加算する。

B011-3	薬剤情報提供料	月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）算定する。
B001・13・注1	在宅療養指導料	医師の指示に基づき、看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。
B001・14・注2	高度難聴指導管理料	人工内耳埋込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。
B001・2・注2	特定疾患治療管理料・特定薬剤治療管理料	同一患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は月1回とし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。
B001・2・注3	特定疾患治療管理料・特定薬剤治療管理料	ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料として算定する。
B001・2・注5	特定薬剤治療管理料（臓器移植、初回月加算）	免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り加算する。
B001・3・注1	悪性腫瘍特異物質治療管理料	悪性腫瘍の患者に対して、AFP、IAP及びBTAに係る検査のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。
B001・3・注2	悪性腫瘍特異物質治療管理料	悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーに係る検査のうち、1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。
B001・15・注1	慢性維持透析患者外来医学管理料	検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001-4・注2	手術前医学管理料	同一患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日1回に限り、手術前医学管理料を算定する。検査及び画像診断は2回以上行った場合は、第2回目以降のものについて別に算定できる。
B001・16・注	喘息治療管理料	ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・17・注	慢性疼痛疾患管理料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・19・注	植込み型補助人工心臓指導管理料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001-6・注1	肺血栓塞栓予防管理料	必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
B002	開放型病院共同指導料（Ⅰ）	当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。
B003	開放型病院共同指導料（Ⅱ）	当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。
B004	在宅患者入院共同指導料（Ⅰ）	入院日から起算して1月以内の期間にあつては月4回、入院日から起算して1月超の期間にあつては月2回に限り、1人の患者に1日につき1回算定できる。

B005	在宅患者入院共同指導料（Ⅱ）	入院日から起算して1月以内の期間にあっては月4回、入院日から起算して1月超の期間にあっては月2回に限り、1人の患者に1日につき1回算定できる。
B006-2	退院指導料	指導を行った者及び指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、説明の実施日にかかわらず退院日に算定する。
B006-3	退院時リハビリテーション指導料	指導を行ったもの及び指導を受けたものが患者又はその家族であるかの如何を問わず退院日に1回に限り算定する。
B006-4	退院時共同指導料	指導の対象が患者又はその家族であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。
B007	退院前訪問指導料	指導の対象が患者又はその家族であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。ただし、入院後早期（入院後14日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ退院前に在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。
B008・注3	薬剤管理指導料（退院時服薬指導加算）	薬剤管理指導料の算定日にかかわらず、退院日に1回に限り算定する。
B009	診療情報提供料（A） （診療所から診療所、病院から病院）	紹介先保険医療機関ごとに、患者1人につき月1回に限り算定する。
B009	診療情報提供料（A） （上記以外）	患者1人につき月1回に限り算定する。
B010	診療情報提供料（B） （診療所から病院、病院から診療所）	紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。
B010	診療情報提供料（B） （上記以外）	患者1人につき月1回に限り算定する。
B011	診療情報提供料（C）	退院に際して、患者1人につき月1回に限り算定する。
B011-2	診療情報提供料（D）	紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

在宅

区分	診療行為	算定回数制限
C001	在宅患者訪問診療料	1日につき1回に限り週3回を限度（末期の悪性腫瘍の患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する場合を除く）として算定するが、患者の急性増悪等により頻回訪問診療を認める場合（末期の悪性腫瘍の患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する場合を除く）は1月に1回に限り、頻回訪問診療を認めた診療日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定できる。
C005・1	在宅患者訪問看護・指導料	週3回を限度（厚生労働大臣が定める患者を除く）として算定するが、患者の急性増悪等により頻回訪問看護指導を認める場合（厚生労働大臣が定める患者を除く）は1月に1回に限り、頻回訪問看護を認めた診療日から14日以内に行った訪問看護については14日を限度として算定できる。
C006	在宅訪問リハビリテーション指導管理料	患者1人につき週3回を限度（末期の悪性腫瘍の患者を除く）とし、1日につき1回に限り算定する。
C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料	1月に2回を限度として算定できる。ただし、月2回算定する場合にあっては、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。
C009	在宅患者訪問栄養食事指導料	月2回に限り算定する。